Deutscher Bundestag **Drucksache 14/8400**

14. Wahlperiode 28. 02. 2002

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Ina Albowitz, Hildebrecht Braun (Augsburg), Rainer Brüderle, Ernst Burgbacher, Ulrich Heinrich, Walter Hirche, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Gudrun Kopp, Dirk Niebel, Günther Friedrich Nolting, Cornelia Pieper, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Dr. Hermann Otto Solms, Carl-Ludwig Thiele, Jürgen Türk, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Problem

Die finanzielle Situation der Psychotherapeutischen Praxen ist nach wie vor unbefriedigend. Zwar hat das Bundessozialgericht den Psychotherapeuten einen Rechtsanspruch auf eine Vergütung mit einem festen Punktwert im Bereich von 0,10 DM zuerkannt. Diese isoliert auf Psychotherapeuten begrenzte Entscheidung belastet jedoch extrem den mit dem Psychotherapeutengesetz eingeleiteten Prozess der Integration psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung, da der angebotene Punktwert aus dem mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz zunächst befristet eingeführten und durch das GKV-Reformgesetz 2000 dauerhaft fortgeschriebenen und auf Haus- und Fachärzte aufgeteilten Honorarbudget der fachärztlichen Versorgung gezahlt werden muss. Dies führt zur Absenkung des aus diesem – ohnehin durch die Aufteilung extrem belasteten – fachärztlichen Budgetanteil zahlbaren fachärztlichen Punktwert mit Nachzahlungsbeträgen in der Größenordnung von 300 bis 500 Mio. DM. Diese Entwicklung resultiert somit aus dem Zusammenspiel diverser Regelungen des Psychotherapeutengesetzes, des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes sowie der Fortschreibung der Deckelung durch die GKV-Gesundheitsreform 2000.

B. Lösung

Die Vergütung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen und der probatorischen Sitzungen einschließlich des Berichts an den Gutachter erfolgt ab 1. Januar 2002 im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit festen, durch die Vertragspartner der Gesamtverträge vereinbarten Punktwerten.

Zur Gegenfinanzierung wird eine Selbstbeteiligung von 5 Euro pro Therapiestunde für Erwachsene eingeführt. Härtefall- und Überforderungsregelungen sorgen dafür, dass kein Patient wegen zu geringen Einkommens auf psychotherapeutische Hilfe verzichten muss.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Mehrkosten, die der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen sind abhängig von der Zahl der durch die Krankenkassen bewilligten Therapien sowie der konkreten Höhe der ausgehandelten Punktwerte.

Den Mehrausgaben stehen Mehreinnahmen durch die Einführung einer Selbstbeteiligung für psychotherapeutische Leistungen und durch eine optimierte psychotherapeutische Versorgung gegenüber.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat [mit Zustimmung des Bundesrates] das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) wird wie folgt geändert:

1. Nach § 28 wird folgender Paragraph eingefügt:

   „§ 28a
   Zuzahlung zu psychotherapeutischer Behandlung

   Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten der psychotherapeutischen Behandlung eine Zuzahlung von fünf Euro je Sitzung an den Leistungserbringer. Dies gilt nicht für die in § 28 Abs. 3 Satz 2 genannten Sitzungen und den Konsiliarbericht. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich für jede Sitzung um den Zuzahlungsbetrag; dies gilt nicht, wenn der Versicherte nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 vollständig befreit ist oder soweit die Krankenkasse Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1a zu übernehmen hat.“

2. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Zuzahlung zu“ die Wörter „psychotherapeutischer Behandlung,“ eingefügt.

3. § 62 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

      „Die Krankenkasse hat die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstandenen Zuzahlungen zu psychotherapeutischer Behandlung zu übernehmen, soweit sie die Belastungsgrenze übersteigen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

   b) In Absatz 2 werden die Worte „Belastungsgrenze nach Absatz 1“ durch die Worte „Belastungsgrenzen nach den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.

4. In § 71 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Früherkennungsmaßnahmen“ die Worte „sowie aufgrund der von den Krankenkassen erteilten Genehmigungen für Leistungen nach § 85 Abs. 2 Satz 5 zweiter Halbsatz“ eingefügt.

5. § 85 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 5 wird folgender Halbsatz angefügt:

      „; die Vergütung der Leistungen nach Abschnitt G IV des Bewertungsmaßstabs für die vertragsärztlichen Leistungen nach § 87, die mit Ausnahme der zur Abklärung der Therapienotwendigkeit erforderlichen probatorischen Sitzungen und des Berichtes an den Gutachter von den Krankenkassen vor der Ausführung genehmigt worden sind, erfolgt nach Einzelleistungen zu vereinbarten Punktwerten; sie hat Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine nach Abzug der Praxiskosten anderen Fachgruppen vergleichbare Vergütung zu gewährleisten.“

      ab) Dem Satz 7 wird folgender Halbsatz angefügt:

      „; dies gilt nicht für die vereinbarten Vergütungssätze nach Satz 2 zweiter Halbsatz“

   b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

      ba) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach den Worten „verteilt sie“ die Worte „unbeschadet der Verteilung nach Satz 4“ eingefügt.

      bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

      „Der sich nach Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ergebende Anteil der Gesamtvergütungen darf nur für die Vergütungen der entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen verwendet werden.“

   c) In Absatz 4a wird in Satz 1 der zweite Halbsatz nach dem Semikolon gestrichen.

Artikel 2a

Änderung der Reichsversicherungsordnung

§ 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die §§ 28a, 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.

Artikel 2b

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die §§ 28a, 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Das Gesetz tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2002 in Kraft.

Berlin, den 27. Februar 2002

Dr. Dieter Thomae
Detlef Parr
Dr. Irmgard Schwaetzer
Ina Albowitz
Hildebrecht Braun (Augsburg)
Rainer Brüderle
Ernst Burgbacher
Ulrich Heinrich
Walter Hirche
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Gudrun Kopp
Dirk Niebel
Günther Friedrich Nolting
Cornelia Pieper
Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
Dr. Hermann Otto Solms
Carl-Ludwig Thiele
Jürgen Türk
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Begründung

A. Allgemeines

Durch die im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 geänderten Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zum 1. Januar 1999 für eine nicht eindeutig bestimmbare Zahl psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Rechtsanspruch auf Kassenzulassung im Rahmen von Übergangsregelungen eingeräumt. Gleichzeitig wurde für das Jahr 1999 ein festes Budget für die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für psychotherapeutische Leistungen vorgegeben. Aufgrund der Unsicherheit über die zahlenmäßige Entwicklung der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in Artikel 11 des Psychotherapeutengesetzes eine Verpflichtung der Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen aufgenommen worden, bei Unterschreitung des allgemeinen Punktwertes für Gesprächsleistungen um mehr als zehn Prozent geeignete Stützungsmaßnahmen zu treffen.

Im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 ist der Budgetanteil für die so genannte Erstattungspsychotherapie um 40 Prozent angehoben worden. Gleichzeitig wurde jedoch die von der CDU/CSU und F.D.P.-Koalition mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz beschlossene Aufhebung der sektoralen Budgets wieder rückgängig gemacht, die Budgetierung somit fortgesetzt. Bezogen auf den Ausgangsbetrag der Gesamtvergütung in 1997 ist damit ein auf den Grundlohnzuwachs 1998 begrenzter Ausgabenanstieg für 1998 und 1999 festgelegt worden. Für den vertragsärztlichen Anteil am psychotherapeutischen Ausgabenbudget ist es dabei unverändert beim Ausgangsjahr 1996 als Berechnungsbasis in Artikel 11 des Psychotherapeutengesetzes geblieben. Eine weitere Minderung der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zur Verfügung stehenden Gesamtbasis hat sich durch die mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vorgenommene Abschaffung der Selbstbeteiligung in Höhe von 10 DM pro Therapiestunde ergeben.

Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 1999 ist darüber hinaus durch erhebliche Unsicherheiten über die von den Krankenkassen zu leistenden Budgetanteile für die so genannte Erstattungspsychotherapie belastet worden. Die der Berechnung zugrunde liegenden Leistungsausgaben des Jahres 1997 wurden bei einigen Krankenkassen nicht auf einem einheitlichen Konto, sondern auf verschiedenen Konten gebucht, die nachträglich nicht exakt zusammengeführt werden konnten. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich Unsicherheiten über die bisher von den einzelnen Krankenkassen geleisteten Zahlungen.

Die zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossene Bundesempfehlung zur vorläufigen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im ersten Halbjahr 1999 sah einen vorläufigen Auszahlungspunktwert vor, der wegen der Ungewissheit über den zu erwartenden Leistungsmehrbedarf bewusst unter dem bisherigen Honorarverteilungspunktwert für die vertragsärztliche Psychotherapie angesetzt war. Nach Ablauf des ersten Halbjahres 1999 zeichnete sich jedoch bereits ab, dass mit dem vereinbarten vorläufigen Punktwert und dem festgestellten Leistungsbedarf das für das Gesamtjahr 1999 gesetzlich festgelegte Ausgabenbudget nicht einzuhalten war. Erschwerend kommt hinzu, dass über die ca. 4 500 bis dahin zugelassenen Psychotherapeuten hinaus weitere 4 000 Antragsteller ihre Ansprüche auf Zulassung im Klageverfahren geltend gemacht haben. Für die bisher von diesen Psychotherapeuten behandelten Patienten wurden die Kosten trotz fehlender Zulassung weiterhin übernommen.

Versuche, die Probleme auf der Selbstverwaltungsebene zu lösen, sind gescheitert. Es ist nicht damit zu rechnen, dass sich in absehbarer Zeit hieran etwas ändert, zumal das Bundesministerium für Gesundheit durch seine Interpretation der gesetzlichen Regelungen konstruktive Lösungen im Sinne der Psychotherapeuten verhindert. Insbesondere in den neuen Bundesländern, aber nicht nur dort, hat das zu nicht mehr länger hinnehmbaren Auswirkungen geführt. Bekanntermaßen ist die Erstattungspsychotherapie in den neuen Bundesländern nur sehr begrenzt zum Einsatz gekommen. Das schmälert die Basis. Die Situation in den neuen Bundesländern hat sich durch die Einführung der sektoralen Budgetierung durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz nochmals verschlechtert. Im Jahr 1998 waren mit den dortigen Krankenkassen über die damalige Grundlohnentwicklung hinaus Leistungsverbesserungen vereinbart worden, die als Fälle des Aufsatzjahres 1997 als Berechnungsgrundlage für die Gesamtvergütung in 1999 gekappt wurden. Das hat zu einem effektiven Rückgang der Gesamtvergütungen in 1999 geführt und die ohnehin dramatische Versorgung- und Vergütungssituation in den neuen Bundesländern weiter verschlechtert.

Die völlig unbefriedigende und verfahrene Situation überträgt sich nunmehr gemäß der GKV-Gesundheitsreform 2000 auf die zu berechnenden Gesamtvergütungen für das Jahr 2000. Durch die gesetzlich vorgegebene Aufteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil verschärft sich die aktuelle Situation der Psychotherapeuten nochmals. Darüber hinaus sorgt ein Urteil des Bundessozialgerichts, das für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie einen festen, angenommenen Punktwert von zehn Pfennigen vorsieht, für weitere Brisanz.

Bei dieser Gemengelage und unter Beachtung des bisherigen Verlaufs der Verhandlungen bzw. der Schiedsstellenverfahren auf Landesebene ist nicht damit zu rechnen, dass die Selbstverwaltung ohne Eingriff des Gesetzgebers die anstehenden Probleme lösen kann. Eine klarstellende Gesetzformulierung ist deshalb notwendig, um den psychotherapeutischen Praxen ein kostendeckendes Arbeiten zu ermöglichen und eine Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung zu verhindern.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 Nr. 1

Die Selbstbeteiligung bei psychotherapeutischer Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird für Versicherte, ausgenommen Kinder und Jugendliche, in einer angemessenen und sozial verträglichen Höhe eingeführt. Die Zuzahlung zur psychotherapeutischen Behandlung wird in die Sozialklausel der vollständigen Befreiung (§ 61 SGB V) sowie in die Überforderungsklausel (§ 62 Abs. 1a SGB V) einbezogen. Die probatorischen Sitzungen sind in jedem Fall zuzahlungsfrei. Die Einführung einer Zuzahlung der Versicherten ist notwendig, um die Eigenverantwortung der Patienten bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und um die sich deutlich vermehrenden psychotherapeutischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit zu finanzieren. Die Selbstbeteiligung entspricht zudem dem Leitgedanken, die Versicherten zu mehr Eigenverantwortung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzuhalten. Sie ist den Aussagen psychotherapeutischer Experten zufolge ein wichtiger Anreiz die Therapie zu Ende zu führen und nicht vor Abschluss abzubrechen.

Zu Artikel 1 Nr. 2

Die Regelung stellt sicher, dass Versicherte, die psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, ganz von der Zuzahlung befreit werden, wenn sie über ein Einkommen verfügen, das 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreitet bzw. Sozialhilfe-, Arbeitslosenhilfe-, BAföG-Empfänger sind oder deren berufliche Ausbildung im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit individuell gefördert wird sowie Behinderte, die Leistungen über die Arbeits- und Berufsförderung erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 62 SGB V)

Zu Buchstabe a

Für die Zuzahlungen bei psychotherapeutischer Versorgung wird durch diese Vorschrift eine eigenständige Überforderungsklausel geschaffen, die getrennt von der Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Fahrkosten, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu berechnen ist.

Durch die Bezugnahme auf § 62 Abs. 1 Satz 2 gilt eine Belastungsgrenze von 2 v. H., und es wird sichergestellt, dass chronisch Kranke, die sich in psychotherapeutischer Dauerbehandlung befinden und hierzu bereits ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe der Belastungsgrenze von 1 v. H. gezahlt haben, keine Zuzahlung zur psychotherapeutischen Behandlung mehr leisten müssen.

Da die Berechnungsgrundlagen des Absatzes 1 Satz 2 bis 4 für die neue Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu psychotherapeutischer Behandlung nur entsprechend gelten, werden beide Belastungsgrenzen nicht miteinander verbunden. Es reicht also für die Aussetzung der Zuzahlung gemäß Absatz 1a nicht aus, dass ein Versicherter die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt. Es kommt vielmehr darauf an, dass ein Versicherter Zuzahlungen ausschließlich wegen der psychotherapeutischen Behandlung bis zur Belastungsgrenze von 1 v. H. geleistet hat, damit im Folgejahr die Zuzahlungen zur psychotherapeutischen Behandlung entfallen. Beide Chronikerregelungen stehen unabhängig nebeneinander; die Voraussetzungen für ihre Anwendung müssen jeweils getrennt berechnet werden.

Zu Buchstabe b

Da die Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu psychotherapeutischen Leistungen und zu den Leistungen des Absatzes 1 unabhängig nebeneinander stehen, wird gesondert für die Belastungsgrenze bei Psychotherapie sichergestellt, dass bei Versicherten, die in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Angehörigen leben die Belastungsgrenze um 15 v. H. und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 v. H. angehoben wird.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 71 Abs. 1 SGB V)

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Ausgabensteigerungen aufgrund von genehmigungspflichtigen, psychotherapeutischen Leistungen und den probatischen Sitzungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Die psychotherapeutischen Leistungen sind vorab in einem Gutachtenverfahren von allen Beteiligten als medizinisch notwendig erachtet worden. Sie sind deshalb auch dann leistungsgerecht zu vergüten, wenn hierdurch die Beitragssatzstabilität in Gefahr gerät.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 85 Abs. 2 SGB V)

Zu Buchstabe aa

Für Leistungen des Kapitels G IV des Bewertungsmaßstabs sind zukünftig feste Punktwerte zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Höhe zu vereinbaren, die den Psychotherapeuten und den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine angemessene Vergütung gewährleisten. Dadurch soll erreicht werden, dass die Stundensätze dieser nicht beliebig vermehrbaren Leistungen sich auf einem Niveau stabilisieren, das den Therapeuten ein qualitätsorientiertes Arbeiten ermöglicht. Ein Punktwertverfall, wie er sich aus der Budgetierung insbesondere in den neuen Bundesländern ergeben hat, wird dadurch vermieden und Planungssicherheit geschaffen.

Zu Buchstabe ab

Die Hinzufügung des Halbsatzes soll sicherstellen, dass die psychotherapeutischen Leistungen nicht in den budgetierten Teil der Gesamtvergütung einbezogen werden, sondern gemäß der vereinbarten Punktwerte zu vergüten sind.

Zu Buchstabe ba

Hierdurch wird klargestellt, dass die Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte, die getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu erfolgen hat, die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nicht tangiert.

Zu Buchstabe bb

Der Teil der Gesamtvergütungen der die mit noch festen Punktwerten versehenen psychotherapeutischen Leistungen betrifft, darf nur für die Vergütung dieser Leistungen verwendet werden und nicht zur Punktwertstützung anderer ärztlicher Leistungen eingesetzt werden. Den psychologischen Psychotherapeuten, den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten wird damit ein im Vornherein feststehender Vergütungsbetrag garantiert.

Zu Buchstabe c

Durch die vorgeschlagene Neuregelung in Artikel 1 Nr. 5 zur Einzelleistungsvergütung der psychotherapeutischen Leistungen und die vorgeschriebene Weitergabe der Punktwerte im Honorarverteilungsmaßstab ist eine gesonderte Bestimmung von Kriterien für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen durch den Bewertungsausschuss nicht mehr erforderlich. Die Festlegung von Bewertungen für die psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des EBM als Vorgabe für die Honorarverteilung bleibt unberührt.

Zu Artikel 2a (Reichsversicherungsordnung)

Die versicherte Frau wird auch bei psychotherapeutischer Behandlung und bei Hilfsmitteln, die aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erforderlich werden, von Zuzahlungen freigestellt. Die Einbeziehung der Hilfsmittel ist aufgrund des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes als redaktionelle Klarstellung erforderlich.

Zu Artikel 2b (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die versicherte Frau wird auch bei psychotherapeutischer Behandlung und bei Hilfsmitteln, die aufgrund der Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erforderlich werden, von Zuzahlungen freigestellt. Die Einbeziehung der Hilfsmittel ist aufgrund des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes als redaktionelle Klarstellung erforderlich.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333